

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

# Déclaration de Maladie

N° W21-714426



Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

064U6

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ENNETHAS FOVAD

Date de naissance :

11-06-1963

Adresse :

VILLA C12 CITE LAYA ROUTE  
JASIDA CASABLANCA

Tél. :

0664 350280

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Med-Tech ENNEHAS 12

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : CASABLANCA

Le : 10/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autres



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <b>MAHMOUD BEN MAMOUN</b> Doktor de la médecine des maladies mentales Bd Yacoub El Mansour Casablanca Tél.: 05 22 988 666 / GSM: 06 53 145 662	26/05/2022	2	2	2	2	300

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins**

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of 24 numbered circles (1-24) around a central point H. The circles are arranged in four concentric layers. A horizontal axis labeled D passes through the center, and a vertical axis labeled B passes through the center. The numbers are distributed as follows: Layer 1 (innermost): 1, 2, 3, 4; Layer 2: 5, 6, 7, 8; Layer 3: 9, 10, 11, 12; Layer 4 (outermost): 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Jihane ZEMMAMA

Orthophoniste diplômée de l'université de Malaga, Espagne

Mastère spécialisé en troubles des apprentissages

Prise en charge des troubles de la cognition logico-mathématiques

Casablanca, le 26/05/2022

## FACTURE

PATIENT(E) : **Med-Taha ENNAHAS**

Facture pour 2 séances de P.E.C orthophonique dans le cadre d'un trouble du langage oral.

de 2 séances à 300 la séance soit un total  
**600 dirhams.**  
**six cents**

Les séances ont été effectuées aux dates suivantes:

Mai: 17 et 26



173, Bd Yacoub El Mansour, résidence Espace El Andalous, Bureau n°9, Casablanca

05 22 986 980 - 06 53 14 66 82

jihane.zemmama@gmail.com

TP: 35802690 ICE: 001788981000021 IF: 18726657